

Reklamationsschein



Bitte beachten Sie folgenden Ablauf für die Bearbeitung Ihrer Reklamation:

- Fotografieren Sie das Produkt (alle Teile und die defekten Stellen müssen ersichtlich sein)
- Füllen Sie dieses Formular vollständig aus und geben Sie die Chargennummer des Produktes an
- Senden Sie uns die Bilder sowie dieses Formular per E-Mail an: BensheimDeu-DSD-Technische-Rekla@dentsplysirona.com
- Bewahren Sie alle Teile bei sich auf, bis der Fall seitens Dentsply Sirona abgeschlossen wird

Von der Niederlassung auszufüllen

Selling Location/ DI Division: _____

Complaint ref. no. of Selling Location/ DI Division: _____

Vorgangs-Nr: _____

Behandler/Labor

Kundennr. _____

Name _____

Straße _____

PLZ/ Ort _____

Ansprechpartner/ Tel. _____

oder Praxis Stempel

Reklamiertes Produkt (Implantat, Komponente, Instrument, etc.)

Astra Tech Implant System Ankylos Frialit/ Xive _____

Artikel-Name _____ Artikel-Nr. _____ Lot-Nr. _____ unbekannt

ggf. Begleitprodukt: _____

Art des Vorfalls

Datum des Vorfalls -----

Fehlende Primärstabilität Implantatverlust Implantatfraktur

Anderes chirurgisches oder Insertions-Problem (bitte nähere Beschreibung)

Abutmentfraktur Schraubenfraktur Lockerung Passungsproblem

Instrumenten-Problem (bitte nähere Beschreibung)

Sonstiges (bitte nähere Beschreibung)

Nähere Beschreibung/sonstige Information

Position:

	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
R	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8		<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 16
	32	31	30	29	28	27	26	25		24	23	22	21	20	19	18	17
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8

Patienten Patienten-Nr _____

Mundhygiene gut durchschnittlich schlecht

Knochenqualität I II III IV

Patientenvorgesichte Raucher Diabetiker Bruxer

Kau-/ Beiß-Gewohnheiten: _____

Sonstiges _____

Datum der
 Implantation ----- Sofortimplantation ja nein
 Explantation ----- Sofortbelastung ja nein
 prothetischen Versorgung----- mit Aufbautyp _____

Phase des Verlustes/
 der Explantation Einheilphase Wiedereröffnung vor prothetischer Belastung nach prothetischer Belastung

Einheilung subgingival transgingival

Augmentation präoperativ zeitgleich mit Implantation keine

verwendete Materialien _____

Implantatbett-
 aufbereitung Bone Condensing Bone Expanding Bone Spreading
 ablativ Gewindeschneider Sonstiges _____

Befund vor
 Explantation Infektion Eigenbeweglichkeit Osteolyse
 okklusale Überlastung gradueller Knochenabbau Periimplantitis

Prothetische
 Versorgung zementiert Totalprothese rein implantatgetragen abnehmbare Brücke
 festsitzende Brücke festsitzende Teilprothese abnehmbare Teilprothese verschraubt
 kombiniert implantat-/zahngetragen Einzelzahnversorgung

Anmerkungen _____

Produkt liegt bei sonstige Anlagen _____

Produkt wird nachträglich eingesandt, weil _____

Produkt wird nicht eingesandt, weil _____